

4. Etiska och sociala aspekter

I detta kapitel sammanfattas inledningsvis vad som avses med etiska och sociala aspekter. Därefter diskuteras etiska och sociala aspekter på behandling av patienter med tandförluster.

Vad avses med etiska aspekter?

Etik handlar om vad som är bra respektive dåligt, vad som bör respektive inte bör göras och vilka karaktärsegenskaper som gör oss till bättre respektive sämre människor. En central fråga för etiken är vad som är den rätta handlingen, och dess uppgift är att klargöra hur etiska problem bör hanteras, dvs vad man bör göra i en viss situation och vad som bör undvikas [1].

Ett handlingsalternativ kan etiskt diskvalificeras på två principiellt olika sätt, där det första rör själva handlingen och det andra rör handlingens konsekvenser. Det kan alltså finnas något hos handlingen i sig som gör den oacceptabel oavsett vilka dess förväntade konsekvenser är, t ex att de berörda inte behandlas med respekt eller att de exponeras för alltför stora risker, men det kan också vara så att de förväntade negativa konsekvenserna överstiger de förväntade positiva, vilket talar emot handlingen. Om det finns en tung principiell invändning mot handlingen i sig finns ingen anledning att gå vidare och väga förväntade positiva och negativa konsekvenser mot varandra. Detta bör däremot göras om någon sådan avgörande invändning inte finns.

Etik i vårdsammanhang rör primärt hur den enskilda patienten bör behandlas – vad som gagnar respektive skadar patienten. Ett flertal patientrelaterade intressen blir relevanta, särskilt hälso-, välbefinnande-, autonomi- och integritetsintresset. Etik i tandvården rör dock inte enbart individnivån. Effektivitets-, prioriterings- och rättvisaspekter är också av etisk relevans, liksom frågor om hur patient- och forskningsintressen ska vägas mot varandra.

Följande fyra principer, som är väletablerade inom den biomedicinska etiken, anförs ofta som en etisk grund för hälso- och sjukvården [2,3]. De återspeglas också i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) liksom i riksdagens beslut om prioriteringar inom sjukvården.

1. *Göra gott-principen* innebär att man bör försöka hjälpa patienten genom att tillgodose patientens (medicinska och medmänskliga) behov.
2. *Inte skada-principen* innebär att man bör undvika att skada patienten. Man bör t ex avstå från omotiverat risktagande.
3. *Autonomiprincipen* innebär att man bör respektera patientens rätt att bestämma om sig själv, vilket innebär att man måste hålla patienten informerad och garantera patienten rätten att avstå från erbjuden behandling.
4. *Rättvisepincipen* innebär att man bör behandla patienter med lika behov lika. Det är alltså patientens behov av medicinsk behandling som ska avgöra hur man handlar, inte t ex patientens kulturella bakgrund, kön, sociala status eller bostadsort.

Dessa principer säger inget om hur man ska väga dem mot varandra då det uppstår inbördes konflikter. Man kan exempelvis tänka sig situationer där den behandling som har störst utsikter att förbättra patientens hälsotillstånd samtidigt innebär ett större risktagande. Vad ska då fälla avgörandet, göra gott-principen eller inte skada-principen? En liknande konflikt kan uppstå mellan göra gott-principen och autonomiprincipen, nämligen i de fall då patienten inte vill ha den behandling som vårdgivaren bedömer är den bästa. De fyra principerna är dock inte avsedda att utgöra ett komplett etiskt system som kan ge lösningen på etiska problem. Deras uppgift är snarare att påminna om centrala etiska aspekter att beakta vid bedömningen av vilket handlingsalternativ som är det rätta.

Utöver välbefinnande, hälsa, autonomi och rättvisa brukar personlig integritet anföras som en viktig etisk aspekt att beakta [4,5]. Att respek-

tera människors personliga integritet innebär att respektera deras rätt till en personlig sfär. Den som ger sig in i denna personliga sfär utan att ha fått godkännande kränker den personliga integriteten. Det kan t ex röra sig om att obehöriga tar del av analysvar eller läser i patientjournaler, eller att patienter inkluderas i studier eller undervisningsmoment utan att först ge informerat samtycke. Genom att aspekten personlig integritet rör rätten att bestämma över en personlig sfär knyter den nära an till autonomiprincipen.

Vid utvärdering av metoder för behandling av olika sjukdomstillstånd och hälsoproblem blir bl a följande frågor aktuella att analysera ur ett etiskt och socialt perspektiv: Hur påverkar de olika behandlingsalternativen patientens välbefinnande och sociala situation? Finns det rättvisaspekter att beakta vid val av alternativ?

Vad avses med sociala aspekter?

Med sociala aspekter avses här aspekter som rör individens liv i samhället, t ex boende, familjeliv, umgänge och livsstil. Sociala aspekter omfattar både individuella och strukturella faktorer som påverkar personens hälsa och välbefinnande. Exempel på vad som kan vara viktigt att belysa i relation till tandhälsa är mat- och dryckesvanor, utbildningsnivå, sociala nätverk, socioekonomiska aspekter och ålders- och könsrelaterade aspekter [6].

Av särskild relevans är dels kända och möjliga sociala orsaker till tandproblem, dels kända och möjliga sociala konsekvenser av dessa problem respektive olika behandlingsåtgärder. Vilken betydelse har exempelvis faktorer som livsstil, matvanor och utbildningsnivå för utvecklandet av problem med tänderna? Vilka konsekvenser kan olika behandlingsalternativ få för familjeliv, umgänge och karriärmöjligheter? I SBU:s rapporter är det framför allt de sociala konsekvenserna av diskuterade behandlingsmetoder som ska belysas.

Det finns ett påtagligt släktskap mellan sociala och etiska aspekter och en hel del överlappning i den meningen att många sociala aspekter är etiskt relevanta. Ett exempel på det är individens möjlighet att själv

påverka och ta ansvar, samt att tillgodogöra sig information, t ex om åtgärder för att förebygga oral ohälsa. Ett annat exempel på att sociala och etiska aspekter överlappar är fördelningsaspekter av olika åtgärder. Exemplet visar att sociala och etiska aspekter i somliga fall också tydligt knyter an till ekonomiska aspekter.

Etiska och sociala aspekter på behandling av patienter med tandförluster

Vi har identifierat följande teman som särskilt relevanta att belysa: 1) effekter av behandling av patienter med tandförluster, 2) forsknings-etiska aspekter, 3) autonomi och information samt 4) rättviseaspekter.

Effekter av behandling av patienter med tandförluster

Tandförluster kan ha stor inverkan på individens livskvalitet, och framgångsrik behandling kan ge mycket av den förlorade livskvaliteten tillbaka (Kapitel 3.1). Hur framgångsrik en behandling är har därför stor betydelse för patienten. Den systematiska litteraturgenomgången visar att behandling av tandförluster inte bara återskapar orala funktioner utan också har betydelse för social status och självkänsla. Det är inte bara fråga om att få tänderna tillbaka, utan det innebär för många att ”återfå sin orala livsvärld”. Det är svårt att uttala sig om effekter av olika behandlingar, men det verkar som om behandling i sig kan ge goda erfarenheter för patienten om man jämför upplevelsen före och efter behandling.

Det finns mycket lite stöd för att det finns negativa effekter av behandling när den väl är avklarad. Däremot kan behandlingen upplevas som jobbig och skrämmande under tiden den pågår. I samband med behandling måste ibland dåliga tänder tas bort. Detta kan upplevas negativt, särskilt om patienten inte har haft besvär av dessa tänder.

Forskningsetiska aspekter

Ett resultat från litteraturgenomgången är att mycket av den forskning som gjorts inom området tandförluster har otillräcklig kvalitet, i första hand beträffande formulering av frågeställning eller studieupplägg.

Många studier är för små. Studier med motsvarande brister genomförs nu. Exempelvis pågår för närvarande kliniska prospektiva kontrollerade uppföljningsstudier kring direktbelastning av tandimplantat som omfattar endast ett fåtal patienter med mycket kort uppföljningstid. Från ett etiskt perspektiv kan sådan forskning ifrågasättas, eftersom studierna har begränsade utsikter att tillföra tillförlitlig kunskap. Problemet med för få försökspersoner skulle kunna hanteras genom multicenterstudier, men det löser inte automatiskt övriga kvalitetsproblem.

Avsaknaden av viss forskning är också värd att notera. Förbisedda grupper är bl a långvarigt sjuka personer, patienter med särskilda behov i tandvården och patienter med demenssjukdomar eller psykiska funktionsnedsättningar [7]. Det är viktigt, av rättviseskäl, att tandvårdsrelevant kunskap tas fram även för utsatta grupper. Då kunskapen inte kan tas fram på annat sätt förutsätter det ibland att berörda individer inkluderas i studier även om de inte kan ge informerat samtycke. Sådan forskning måste vara rigoröst reglerad [8].

Det kan också konstateras att forskningsfrågorna i de studier som ingått i granskningen ofta är material- och teknikinriktade snarare än patientcenterade. Betoningen ligger således sällan primärt på vad som är intressant för berörda patientgrupper. Exempelvis är studier ofta designade för att utvärdera om enskilda implantat fungerar, medan det utifrån patientens perspektiv är mer relevant med funktionen hos konstruktionen som helhet. Det kan inte uteslutas att forskningen över tid blir mer fruktbar avseende patientens behov om den delvis tillåts fokusera på ämnesinterna frågor istället för att forskningsfrågorna i varje enskilt forskningsled ska styras av ett patientnyttoperspektiv. I många fall borde dock båda aspekterna beröras i en och samma studie. Vilken frihet forskare kan ta sig att låta interna vetenskapliga frågor styra forskningen skiljer sig åt mellan studier som involverar försökspersoner och studier som inte gör det.

En svårighet när det gäller tolkningen av studierna är att de i vissa fall har utförts av tandläkare som är särskilt skickliga inom sitt område. Att behandlingsmetod A är bättre än behandlingsmetod B när behandlingen utförs av skickliga specialister behöver inte betyda att A är bättre än B när behandlingen utförs av andra tandläkare. I litteraturen finns exem-

pel på multicenterstudier som uppvisar signifikant skillnad i behandlingsresultat mellan de deltagande grupperna med samma metod [9,10].

Det faktum att det saknas gedigna studier kring en viss metod visar förstås inte att metoden inte är bra, bara att dess effekter inte är tillräckligt väl undersökta. Det kan i sin tur ha många olika orsaker. En möjlig orsak är att både industrin och professionen har intresse av att fortsätta använda beprövade metoder som anses fungera väl. Konservatism i material- och metodutveckling kan innebära att nya, bättre tekniker inte kommer fram. På motsvarande sätt kan trender inom tandvården styra i vissa riktningar samtidigt som andra alternativ lämnas därhän. När sponsring styr forskningen kan fördelningen mellan olika behandlingsstrategier bli mycket ojämn. Dessa skillnader speglar då i första hand de sponsrande företagens intressen snarare än en bedömning av vad som skulle kunna bli mest värdefullt ur ett patientperspektiv.

Enligt gällande lagstiftning ska all forskning som involverar försökspersoner etikprövas [11]. Som forskning räknas alla systematiska undersökningar avsedda för publicering i vetenskapliga tidskrifter, inklusive så kallad kvalitetsutveckling.

Autonomi och information

Både autonomi- och informationsaspekter blir relevanta när det gäller diagnos och behandling av patienter med tandförluster: Vad ska patienten få bestämma om sin tandvård? Vad ska tandläkaren informera om – får någon information undanhållas patienten?

För många är tänderna något mycket personligt. Tandstatus kan också ha stor social betydelse – inte minst kan fula tänder och luckor i tandraden vara till stor nackdel för individen. Det är därför rimligt att tänka sig att många ser det som viktigt att kunna bestämma om sina tänder, inte minst när det gäller behandlingen. Å andra sidan har många inte råd att själva finansiera den tandvård de skulle vilja ha. Med hel- eller delfinansiering med allmänna medel är det rimligt att det allmänna får ett stort inflytande över vilken nivå på tandvård som erbjuds på detta sätt. Finansieringssättet brukar i hög grad anses böra styra vilken besluts-

frihet som lämnas åt den enskilda, inte minst för att finansieringskostnaderna annars riskerar att bli höga för den allmänfinansierade vården.

För att kunna fatta beslut om den egna vården, t ex välja mellan olika metoder för att åtgärda tandförluster, behöver patienten få relevant information. I ett läge då kunskapsbrist råder om förväntad nytta av olika behandlingsalternativ är det svårt att informera på ett sätt som ger tillförlitligt underlag för att fatta beslut. Det blir också svårt att analysera vilket värde staten får ut av de subventioner som ges till mer omfattande behandlingar. Därför är det viktigt både utifrån den enskilda patientens och utifrån samhällets perspektiv att forskning bedrivs som kan öka kunskaperna om olika behandlingsmetoders effekter – och att såväl positiva som negativa resultat blir allmänt tillgängliga. Det kommer att öka vårdgivarens möjligheter att ge tillförlitlig information till sina patienter och därmed patientens möjligheter att bedöma behandlingsalternativ.

Rättvisaspekter

I Sverige hanteras tandvård på ett annat sätt än övrig sjukvård. Det gäller även finansieringen. För alla under 20 år är tandvården avgiftsfri. Det ekonomiska stöd som de som fyllt 20 år får av staten kallas tandvårdsstöd och består av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett högkostnads-skydd. Tandvårdsbidraget består av en årlig tandvårdscheck som täcker en mindre del av vad ett tandläkarbesök kostar. Högkostnads-skyddet innebär att staten betalar en del av mer omfattande behandlingar, som tandproteser, broar och implantat. Tandvårds- och läkemedelsförmåns-verket bestämmer vad som ska ingå i högkostnads-skyddet och fastställer också referenspriser för dessa behandlingar. En svensk avhandling visar att tandvårdens finansieringsform kan påverka den orala hälsorelaterade livskvaliteten [12].

Att vuxna patienter i så stor utsträckning själva får betala för sin tandvård får naturligtvis fördelningseffekter: personer med god ekonomi kan få tillgång till resurskrävande behandlingar, medan de med sämre ekonomi kan tvingas avstå. Subventioner av mer omfattande åtgärder flyttar gränsen för vilka som har möjlighet att ta del av den mer avancerade och kostnadskrävande tandvården, men det löser inte alla fördelningspro-

blem. Framför allt kan man vänta sig att de som har det sämst ställt har minst möjlighet att dra nytta av subventionerna.

Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 har tandhälsan i befolkningen överlag förbättrats [13]. Samtidigt har den blivit sämre för socioekonomiskt svaga grupper. Enligt ULF (Undersökningarna av levnadsförhållanden) 2004–2005, dvs baserad på uppgifter från perioden före tandvårdsreformen år 2008, uppgav 14 procent av de tillfrågade i åldrarna 16–84 år att de behövt tandvård under det senaste året men ändå inte sökt vård. I åldersgruppen 25–34 år var siffran 20 procent. Enligt undersökningen var det vanligaste skälet till att inte söka vård att personen inte ansåg sig ha råd. Bland dem som i relativt stor utsträckning avstod från tandvård trots ett upplevt behov var personer med låg disponibel inkomst, ensamstående med barn och utlandsfödda överrepresenterade [14]. En avhandling från 2007 visar att många hemlösa har dåliga tänder men bara uppsöker tandvård i svåra akuta situationer [15].

Så länge vårt tandvårdssystem bygger på att vuxna personer ska betala delar av sina tandvårdskostnader själva kommer tillgången till tandvård att förbli ojämnt fördelad. Om man anser att tandvården bör ta större hänsyn till dem som har det sämst ställt krävs därför ett annat finansieringssystem.

I dagsläget finns stora skillnader mellan landsting i praxis vid tandvårdstöd inom ramen för så kallad uppsökande och nödvändig tandvård. Huruvida fast protetik ska ingå i den nödvändiga tandvården avgör respektive landsting, liksom hur detta ska hanteras. Medan vissa landsting tillstyrker omfattande behandling finns det andra som över huvud taget inte godkänner behandlingar med exempelvis implantat.

En annan faktor som bidrar till olika möjligheter till tandvård är att utbudet av kliniker varierar geografiskt. I de stora länen, med specialistvård koncentrerad till några få platser, kan det vara svårt för enskilda patienter att ta sig dit där den bästa eller mest avancerade vården ges. Patienten kan vilja ha en viss behandling men sakna praktiska möjligheter att få tillgång till den pga för lång resväg.

I fall där behandlingsbehovet är lika får olika patienter likväl olika god tandvård också beroende på variationer i enskilda tandläkares skicklighet. Detta kan ses som orättvist. Det är idag i praktiken inte möjligt för patienter att få information om och välja de skickligaste tandläkarna. Även om det vore möjligt att identifiera dem skulle det knappast lösa rättviseproblemet eftersom dessa tandläkare inte kan ta hand om alla patienter.

Som noterats ovan är det ur rättviseperspektiv viktigt att inga grupper utesluts från forskning. Om vetenskapligt grundad kunskap saknas om vissa grupper riskerar dessa patienter att få sämre vård [16]. Inom tandvården är exempelvis äldre kroniskt sjuka personer och patienter med demenssjukdomar förbisedda grupper i forskningshänseende [7]. Motsvarande risk föreligger när det gäller forskning kring tandförluster, där många patienter är äldre. Möjligtvis motverkas denna risk av att patientgruppen i detta fall är ekonomiskt intressant.

Referenser

1. Kagan S. Normative ethics. Boulder, Colorado: Westview Press; 1998.
2. Beauchamp T, Childress, JF. Principles of biomedical ethics. 6 rev uppl. New York: Oxford University Press; 2009.
3. Gillon R. Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be "first among equals". *J Med Ethics* 2003;29:307-12.
4. Helgesson G. Forskningsetik för medicinare och naturvetare. Lund: Studentlitteratur; 2006.
5. Hermerén G. Kunskapens pris: forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap. 2 rev uppl. Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR); 1996.
6. Earle S, Letherby G. The sociology of healthcare: a reader for health professionals. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
7. Att förebygga karies. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002. SBU-rapport nr 161.
8. Norberg A. Performing research with people who are not capable of giving their informed consent to research is sometimes justified. *Nurs Ethics* 2004;11:225-6.
9. Kapur KK. Veterans Administration Cooperative Dental Implant Study—comparisons between fixed partial dentures supported by blade-vent implants and removable partial dentures. Part II: Comparisons of success rates and periodontal health between two treatment modalities. *J Prosthet Dent* 1989;62:685-703.
10. Kapur KK, Deupree R, Dent RJ, Hasse AL. A randomised clinical trial of two basic removable partial denture designs. Part I: Comparisons of five-year success rates and periodontal health. *J Prosthet Dent* 1994;72:268-82.
11. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.
12. Johansson V. Oral health-related quality of life and patient payment systems. A study of contract and fee-for-service care in a county in Sweden. Diss. Malmö: Avdelningen för samhällsodontologi. Odontologiska fakulteten, Malmö Högskola; 2009.
13. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
14. Wamala S, Merlo J, Bostrom G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:1027-33.
15. de Palma P. Oral health among a group of homeless individuals from dental professional's and patient's perspective. Diss. Stockholm: Odontologiska Institutionen, Karolinska Institutet; 2007.
16. Nickel PJ. Vulnerable populations in research: the case of the seriously ill. *Theor Med Bioeth* 2006;27:245-64.